

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 94
1945

N°.....

THÈSE

442

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre CAMBERLEIN

Né le 4 Août 1919, à Limoges (Haute-Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le..... 19.....

**Contribution à l'Etude
de
l'Hystéroscopie Cervicale**

(Travail de la Clinique Gynécologique de Broca)

Président : M. Pierre MOCQUOT, Professeur.

Lucien CARIO, Imprimeur

13, Pass. Trubert-Bellier

PARIS (XIII)

1945

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre CAMBERLEIN

Né le 4 Août 1919, à Limoges (Haute-Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le..... 19.....

Contribution à l'Etude
de
l'Hystéroscopie Cervicale

(Travail de la Clinique Gynécologique de Broca)

Président : M. Pierre MOCQUOT, Professeur.

DOYENS HONORAIRES :
MM. H. ROGER, BALTHAZARD, ROUSSY ET TIFFENEAU

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, BAR, BASSET, BEZANÇON, BRINDEAU, CARNOT,
CHIRAY, CLAUDE, CLERC, A. COUVELAIRE, CUNÉO, DELBET, HARTMANN,
HEITZ-BOYER, JEANNIN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LENORMANT,
MARION, MULON, OMBRÉDANNE, H. ROGER, ROUSSY, SANNIÉ,
SÉBILEAU, SÉZARY, TANON ET TIFFENEAU

DOYEN BAUDOUIN.
ASSESEUR LÉON BINET.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	{ BROCC. CADENAT. MONDOR. QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale....	LÉVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Cliniques médicales	{ ABRAMI. FIESSINGER. HARVIER. P.-VALLÉRY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique	VILLARET.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	{ LANTUÉJOUL. LÉVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique urologique	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Histologie	CHAMPY.

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin-).
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée	BÉNARD (Henri).
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie ..	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique ..	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
 GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*), VERNE (*Histologie*).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	{ CORDIER. N...		{ GARCIN. DE GENNES.
Anat. pathologique..	{ DELARUE. M ^{lle} GAUTHIER		{ HAGUENAU. LELONG.
Bactériologie	{ VILLARS. BONNET.	Médecine générale..	{ LENÈGRE. MARCHAL.
Chimie médicale ..	{ N...		{ MOLLARET. MOUQUIN.
	{ AMELINE. FÈVRE.		{ SOULIÉ.
	{ FUNCK-BREN- TANO.	Médecine légale	{ DESOILLE.
Chirurgie générale..	{ MÉNÉGAUX. PATEL.		{ DIGONNET. LAGOMME.
	{ SICARD. N...	Obstétrique	{ SUREAU. N...
	{ N...	Ophthalmologie	{ RENARD.
	{ N...	Oto-rhino-laryngol...	{ HALPHEN.
Histologie	{ N...	Parasitologie	{ LAVIER.
Hydrologie	{ BULLIARD.	Parasitol. coloniale ..	{ N...
Hygiène	{ N...	Pathologie expérim..	{ LEMAIRE.
	{ BARIÉTY.	Pharmacologie	{ M ^{lle} J. LÉVY.
	{ BERNARD (Ét.)		{ N...
	{ BOULIN.	Physiologie	{ RICHET.
Médecine générale..	{ BROUET.		{ N...
	{ CACHERA.	Physiolog. médicale.	{ DESGREZ (H.).
	{ COSTE.	Thérapeutique	{ TURPIN.
	{ DELAY.	Urologie	{ COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS
RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), PIÉDELIEVRE (*Médecine légale*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Cliniq. chirurgicale.	{ GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.	Clinique médicale ..	{ ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHE Guy MOREAU.
Cliniq. obstétricale .	EGALLE.	Clinique urologique.	Fey.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.		MM.
Puériculture	N...	Stomatologie	DECHAUME.
Radiologie	LEDoux- LEBARD.		

MM.
Secrétaire de la Faculté. J. MOREL.
Secrétaire-adjoint M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef.. A. HAHN.
Bibliothécaires M^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

Professeur de la Clinique Gynécologique
de la Faculté de Paris

*Qui me fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse. Je le prie
de bien vouloir accepter l'hommage de
ma profonde reconnaissance pour l'en-
seignement clinique si précieux dont j'ai
bénéficié dans son service.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PALMER

Chef des Travaux de Gynécologie
à la Faculté de Médecine

*Qui a bien voulu me confier le sujet de cette
thèse et me guider dans ce travail.
Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de ma reconnaissance pour l'amabilité
qu'il n'a cessé de me témoigner lors de
mon initiation gynécologique.*

INTRODUCTION

Il est curieux de constater combien l'exploration de la cavité cervicale, pourtant si précieuse dans bien des cas, en particulier dans le diagnostic des cancers endocervicaux au début, est encore rudimentaire.

L'hystéroggraphie au lipiodol donne d'une manière bien inconstante une image satisfaisante de la cavité cervicale, et à condition de développer une forte pression intra utérine (supérieure à 15 cm de Mercure) qui distende la cavité cervicale. Mais dans ces conditions, chez une femme à bonne perméabilité tubaire, on ne peut éviter que le lipiodol fuse dans le péritoine, ce qui peut ne pas être sans danger. D'autre part, avec les liquides opaques couramment employés, on obtient une image floue, aux contours peu nets ; seules les grosses lésions peuvent donner une image franchement anormale.

Le curettage de la cavité cervicale, comme l'a souvent répété Claude Béchère, représentait jusqu'à présent le seul mode à peu près fidèle d'exploration de cette cavité. Mais il doit être absolument méthodique et suivi de l'examen histologique de tous les fragments ramenés, un néoplasme au début pouvant occuper une surface très minime.

S'il n'y a pas de cancer dans le col, la curette ne ramène en général que de rares lambeaux de muqueuse d'une extrême minceur ; la présence d'un néoplasme est caractérisée par des débris friables souvent typiques.

Ajoutons tout de suite que le curettage n'est pas toujours facile à bien faire, car la curette accroche souvent les plis transversaux ; il est parfois très douloureux et presque toujours il provoque un saignement assez fort qui rend difficile la collecte des débris.

Malgré ces difficultés, nous ne renoncerons pas pour autant au curettage, mais nous réserverons cette exploration pour confirmer et préciser un diagnostic qu'aura déjà fait suspecter une hystéroscopie douteuse.

Hystéroscopie. — Nous sommes surpris de constater combien peu sérieusement l'hystéroscopie a été utilisée jusqu'à présent pour l'étude de la cavité cervicale, les auteurs qui se sont intéressés à l'hystéroscopie parlent presque exclusivement de la cavité corporeale.

— Hamant et Durand, dans leur article « Hystéroscopie, technique et résultats », (Revue fr. de gynéc. et obstétriq. de janvier 1936), ne signalent même pas la possibilité de jeter un regard en passant sur l'endocol.

— Zakrojczyk en 1937 dans sa thèse sur l'hystéroscopie signale simplement la possibilité d'ins-

pecter la cavité cervicale au passage, en retirant l'appareil :

« L'hystéroscopie, après avoir bien inspecté la cavité utérine, permet de terminer l'examen par une inspection de tout le canal cervical et de dépister toute lésion qui s'y trouve. Pour l'exploration du canal cervical, *elle est la seule et unique méthode* ».

Et plus loin : « Si l'on a une raison de suspecter une lésion du canal cervical, c'est à l'hystéroscopie, *qui est la seule méthode pour son exploration*, qu'il faut recourir dans tous les cas ».

Imbu de l'idée que nombre de cancers du col doivent naître dans la cavité cervicale (voir thèse de Farkas, Paris 1943) et y acquérir un assez grand développement avant de s'extérioriser au niveau du museau de tanche, le Docteur Raoul Palmer à la clinique gynécologique de Broca a entrepris à plusieurs reprises depuis 1942 des essais systématiques d'hystéroscopie cervicale.

En ce qui concerne l'hystéroscopie de la cavité corporeale, l'examen est souvent long et difficile du fait des saignements persistants, et comporte souvent un trop gros facteur d'appréciation personnelle.

C'est une bonne méthode de remplacement si l'on est dans l'impossibilité de pratiquer une hystérographie au lipiodol, méthode qui, pratiquée avec un lipiodol à vingt pour cent, est à la fois sensible

et fidèle, et laisse des documents en quelque sorte écrits et indiscutables.

Cette hystéroscopie moderne dont Grauss en Allemagne en 1927 fut le promoteur, reprise et mise au point en France par Segond, nécessite une dilatation préalable, soit aux bougies de Hégar, ou mieux aux laminaires, ce qui oblige à une hospitalisation de 24 ou 48 heures. La technique en a parfaitement été mise au point dans la thèse de Zakrojczyk (Paris 1937).

Nous évitons tous ces inconvénients en limitant l'hystéroscopie à la cavité cervicale, selon une double méthode que nous allons étudier.

DESCRIPTION DE L'APPAREILLAGE EMPLOYÉ

— *D'une part, c'est l'hystéroscope explorateur du Docteur Segond.*

(Hennuy, constructeur.)

Il comporte une chemise extérieure de 8 mm de diamètre seulement.

Un mandrin de calibre correspondant permet son introduction.

La chemise comporte une arrivée et une sortie d'eau, la sortie étant à écoulement libre et de calibre plus gros que l'arrivée, ce qui empêche le développement d'une forte pression intra utérine.

Dans la chemise, coulisse à l'intérieur le système électro-optique tenu par un cône métallique. Ce cône s'adapte sur l'orifice externe de la chemise par un système de clef à verrouillage rapide.

La lampe en « grain de blé » est fixée à une tige parallèle à l'optique et fonctionne sur 4 volts (pile ou transformateur).

L'optique « foroblique » composée d'un petit prisme, permet de voir dans l'axe du tube et aussi latéralement suivant un angle de 11°. Ce qui permet,

en faisant tourner l'optique sur son axe, d'examiner latéralement d'une façon excentrée autour du tube d'introduction.

L'appareil actuellement employé a subi quelques modifications de détails, soit par le Dr Palmer, soit par le constructeur lui-même.

— D'autre part, notre appareillage comprend des tubes de verre de 20 cms de long, 8 mms de diamètre intérieur, dont une extrémité fermée est à bout conoïde, conservés de préférence dans une solution d'oxycyanure non colorée et bien limpide.

MÉTHODES ET TECHNIQUES

I. — *Hystéroskopie cervicale par tube de verre*

En mars 1942, avec Michon, le Docteur Palmer a décrit un procédé nouveau d'hystéroskopie cervicale par tube de verre à bout conoïde. (Revue fr. de gynéc. et obst. 1942, tome 42, p. 134-135).

Le *procédé* est basé sur les faits suivants :

1) L'orifice externe du col est presque toujours facilement dilatable sans douleur par l'extrémité conoïde du tube de verre.

2) La cavité cervicale est une cavité réelle dont les parois sont tenues à distance par un bouchon muqueux plus ou moins important qui colle à la paroi endocervicale.

3) En choisissant judicieusement le moment de l'examen, ce bouchon muqueux est généralement assez transparent pour permettre l'inspection de l'endocol, notamment au moment de la glaire filante du 14^e jour. Notons d'ailleurs que si la sécrétion est louche, toute manœuvre intra-cervicale est contre-indiquée.

— L'INSTRUMENTATION comporte ici :

— Le berceau, portant l'optique et l'éclairage de l'hystéroscope, de Segond.

— Une petite pince de Museux légère de 18 centimètres.

— Un de nos tubes de verre précédemment décrits.

— L'EXPLORATION est pratiquée, comme nous le disions plus haut, entre le 12° et le 17° jour du cycle, pour profiter de la glaire filante.

La malade est placée en position gynécologique, la table légèrement basculée en arrière.

On place un speculum de Collin, et on débarrasse le col de la glaire qui le recouvre ; on saisit le bord du museau de tanche avec la pince de Museux, et on prend un tube de verre aux trois-quarts rempli d'eau bien pure, puis on introduit doucement son bout conoïde, en vrillant, jusqu'à ce qu'il ait pénétré de 2 à 3 cm. dans le col.

Il ne reste plus qu'à glisser dans le tube le berceau de l'hystéroscope et à inspecter méthodiquement la cavité cervicale à ses différents niveaux et sur toutes ses faces.

LES RÉSULTATS sont bons quand la glaire cervicale est bien transparente et assez abondante pour permettre aux reliefs normaux et anormaux de ne pas prendre un contact direct avec le tube.

Ce contact se traduit par une zone de pâleur où disparaît tout relief ; il faut dans certains cas

retirer un peu le tube et voir si la compression cesse, toute compression rendant l'examen sans valeur.

A noter également qu'un saignement en cours rend le champ trouble.

Ce procédé du tube de verre a pu affirmer le caractère absolument normal de la cavité cervicale dans un certain nombre de cas de métrorragies de cause douteuse, et reconnaître quelques polypes, et même un cancer au début (voir observations).

Mais dans près d'un tiers des cas le résultat restait douteux.

Dans ces cas, il faut alors avoir recours au procédé classique d'hystéroscopie sous courant d'eau ; mais le tube de verre n'a pas été inutile, car il a dilaté et assoupli le col, ce qui facilite ensuite l'introduction de la chemise, munie de son mandrin, de l'hystéroscope explorateur de Segond.

*
**

II. — *Hystéroscopie cervicale sous courant d'eau*

Comme nous venons de le dire, l'orifice externe du col est suffisamment dilaté par l'extrémité conoïde d'un tube de verre.

On introduit alors facilement la chemise de l'hystéroscope et son mandrin jusqu'à 25 à 30 mm. de profondeur, on retire le mandrin et on branche l'eau de lavage.

— *Quel liquide employer ?*

Après quelques tâtonnements, notre choix s'est fixé sur l'eau bicarbonatée, qui empêche le mucus de donner des banderolles blanches qui peuvent se former dans l'eau pure.

— *A quelle hauteur placer le bock ?*

Le plus bas possible : 20 ou 30 cm. au-dessus du plan de la table, car il est inutile de chercher à obtenir une dilatation de la cavité cervicale (nous avons dit à propos de l'hystérographie que cette diltation nécessite des pressions de 15 cm. de Mercure, soit ici une colonne de plus de 2 mètres d'eau) car plus la pression sera basse, et plus nous réduirons les risques de passage utéro-tubaire par l'eau de lavage.

Technique de l'exploration

Dès que l'eau ressort claire (ici dans l'exploration cervicale seule, l'eau devient rapidement claire), on introduit le berceau avec l'optique et l'éclairage et on *inspecte* le fond de la cavité cervicale dans tous ses rayons ; on recule ensuite l'appareil de quelques millimètres et on fait une nouvelle inspection ; et ainsi de suite on inspecte le pourtour de la cavité par petites tranches, jusqu'à l'orifice externe par lequel on terminera l'exploration.

Si, au cours de l'examen, on soupçonne un point particulièrement intéressant, on a souvent in-

térêt à boucher quelques instants le courant de sortie de l'eau.

Résultats. — Les résultats indiscutables qui étaient des $2/3$ environ avec le tube de verre sont ici, avec l'hystéroscope sous courant d'eau, de l'ordre des $9/10$.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Existe-t-il vraiment une *contre-indication* à l'hystéroscopie cervicale ?

Une seule, à notre avis, peut la faire différer : c'est, comme nous l'avons dit déjà, l'existence d'une glaire louche, qui gênerait considérablement l'examen par l'existence d'une pellicule opaque devant l'objectif, sans compter le risque de poussée inflammatoire péri-utérine.

Quant aux contre-indications de l'hystéroscopie corporeale signalées par Zakrojezyk, nous croyons qu'elles ne s'étendent pas à la cavité cervicale.

Une flexion utérine fixée. De toutes façons on reste en dessous de la courbure, il n'est donc pas question d'essayer de la corriger.

Métrorragie très abondante. Avec un bon lavage du col et un peu de patience, on peut obtenir quelques instants un milieu liquide suffisamment clair pour permettre l'examen.

Une dilatation difficile du col. Il ne s'agit ici que de dilater l'orifice externe, et bien rares sont les cols qui ne se laissent pas franchir par le bout conoïde de nos tubes, si l'on pratique doucement, en vrillant.

Quant aux indications de l'hystéroscopie cervicale, elles sont tellement nombreuses que nous voudrions la voir pratiquée systématiquement au cours de tout examen gynécologique chez une femme ap-

prochant de la quarantaine. Combien de cancers endocervicaux, si discrets dans leur début, pourraient être décelés et guéris définitivement à moins de frais au point de vue opératoire ; combien de polypes dont la présence suffit à expliquer bien des troubles, sans parler de ceux qui ne sont que les témoins d'une lésion néo-plasique sous-jacente.

LES RÉSULTATS DE L'HYSTÉROSCOPIE CERVICALE

Quels renseignements nous donne cette méthode d'exploration endo-cervicale ? Que peut-on en attendre ?

En ce qui concerne le procédé avec tubes et celui avec lavage par eau, nous ne reviendrons pas sur les avantages ou les inconvénients de l'un par rapport à l'autre. Nous avons suffisamment montré la plus grande simplicité du procédé par tube de verre, mais parfois son insuffisance qui doit alors faire recourir à la méthode classique ; il est évident donc que ces procédés ne se contre-indiquent pas, mais se complètent l'un l'autre.

Ce que nous voudrions montrer maintenant, avec l'aide des quelques observations qui termineront notre exposé, c'est les renseignements qu'apporte l'hystéroscopie cervicale.

Elle nous montre dans la majorité des cas un col sain, mais déjà dans ce cas, combien différente est la morphologie du col de la nullipare de celui de la multipare.

La cavité cervicale de la nullipare a un aspect assez univoque et constant ; elle apparaît comme un tunnel dont le fond ressemble à l'entrée d'une caverne, et les parois sont rosées dans leur ensemble avec deux reliefs, l'un en haut, l'autre en bas du champ, qui représentent les colonnes antérieure et

postérieure ; les plis transversaux sont plus ou moins imbriqués au niveau des bords latéraux. Les orifices glandulaires apparaissent nombreux, surtout au niveau du tiers inférieur, sous forme d'un petit piqueté rouge vif (voir schémas n^{os} 1, 2, 3).

La cavité de la multipare au contraire, offre un aspect des plus varié, par suite des déchirures plus ou moins profondes qu'a subies le col au cours d'accouchements antérieurs (voir schéma n^o 4).

On retrouve la même couleur rosée; mais on a parfois de la peine à mettre en évidence les deux colonnes, car les déchirures causent de profonds sillons verticaux qui peuvent isoler des mamelons en relief ; parfois même ces mamelons se pédiculisent plus ou moins et pourraient en imposer pour des polypes si ce n'était leur couleur normalement rosée comme le reste de la muqueuse.

Les *images pathologiques* offrent un aspect encore plus polymorphe.

Parfois c'est un filet de sang que l'on voit sourdre ; il ne faut pas y attacher trop d'importance, c'est souvent un traumatisme dû à l'introduction de l'appareil.

Ailleurs, c'est une plage qui apparaît bourgeonnante de coloration rouge sombre, avec des contours déchiquetés ; il faut se méfier car c'est bien là l'aspect caractéristique d'un néoplasme (voir schéma n^o 9).

Enfin, la plus grande diversité d'images est donnée par les polypes endocervicaux ; ceux-ci sont rouge vif, ou au contraire aubergine, mais leur couleur tranche toujours sur le fond rosé de la muqueuse normale.

On voit parfois (voir observ. V et schémas 5, 6) le pédicule sortir de l'isthme et le polype s'étaler en éventail.

Dans tous les cas, il est une observation capitale : il ne faut pas compter obtenir d'un seul coup d'œil une vue d'ensemble de la cavité cervicale ; il faut l'étudier méthodiquement, de haut en bas, de l'extrémité inférieure du canal isthmique jusqu'à l'orifice cervical externe.

Ces quelques exemples prouvent, comme nous le disions plus haut, quel polymorphisme règne dans les images d'un endocol, c'est dire que malgré tout il persiste un gros facteur personnel d'interprétation, et que cette exploration ne prend toute sa valeur que pour un œil bien exercé.

OBSERVATION I

Mlle P..., 16 ans.

Le 29-1-45, vient consulter pour leucorrhée, particulièrement aux efforts de défécation.

A l'examen, sa glaire cervicale est purulente.

Après traitement local au Soludagénan, la glaire endocervicalé devient blanche, coagulée.

On pratique une *hystéroscopie cervicale*.

— Image nette, muqueuse très visible quoique tout soit un peu embrumé par le caractère louche de la glaire.

Muqueuse rouge avec plaques congestives au niveau des glandes (schéma 1).

Au fond des plis et en haut, une zone où la muqueuse est œdématiée.

OBSERVATION II

Mme St...

Venue consulter le 22-1-45 pour dysménorrhée et stérilité.

Hystérocopie cervicale. L'orifice externe est petit.

Dilatation par tube qui reste enserré dans l'orifice externe. — Tout d'abord, on voit : muqueuse pâle, et au début il y a impossibilité de distinguer les plis de la muqueuse comprimée par le tube.

On recule d'un centimètre.

Et on voit : une muqueuse rose, quelques plis.

Petite fissure saignottante sur le bord droit (traumatique) et quelques orifices glandulaires nettement visibles (petits points rouges).

Mme S... est entrée dans le service où, le 8-3-45, elle a subi, par le Docteur Palmer, une résection de nerf présacré. — Suites opératoires normales.

OBSERVATION III

Mme J..., 39 ans.

Malade envoyée par le Docteur Michon pour :
utérus gros, dur. Règles allongées et petites pertes
après les règles et léger saignement après examen.

Règles régulières tous les 30 jours, durant
8 jours.

Réglée à 15 ans. — 2 enfants, 2 fausses couches
sans curettage.

Examen de M. le Professeur Mocquot.

Rien à signaler à la palpation.

Spéculum : Col : large orifice ; saillie de la mu-
queuse endocervicale.

Hystérométrie : cavité cervicle très élargie.

T.V. ; gros col renflé jusqu'à l'isthme ; utérus
de volume à peu près normal.

Hystérographie : Petite élevation en haut et à
gauche sur le col.

Hystéroscopie (tube) :

A 1 centimètre de l'orifice, élevation de la mu-
queuse en mamelon d'un rose un peu plus foncé
que le reste, régulière, lisse, non bourgeonnante.

Biopsie faite :

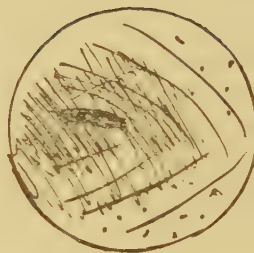
Réaction papillaire mais sans métaplasie avec
infiltration lympho plasmocytaire péri-vasculaire.



1



2



3



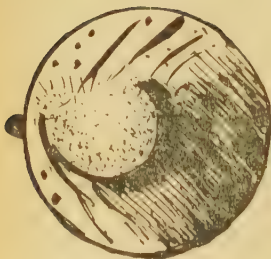
4



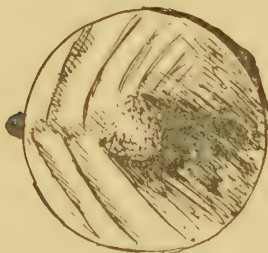
5



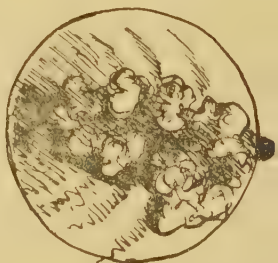
6



7



8



9

OBSERVATION IV

Mme Gir..., 49 ans.

Cette malade était soignée dans le service depuis mai 1944 pour endocervicite et paramérite, ainsi que cystite.

Une cystoscopie le 17 juillet s'était montrée normale.

Le 5 mars 1945, elle revient consulter pour quelques pertes rouille.

Ses dernières règles sont du 24 février.

Dans sa sécrétion cervicale, on note quelques stries sanglantes.

L'utérus est normal.

Hystéroscopie cervicale.

Montre un polype intra-cervical.

Suivie de curettage.

La biopsie : Réaction papillaire sur très petit fragment sans signe d'infection.

OBSERVATION V

Mme Pau...

Vient consulter le 22-1-45 pour modification des règles et petites pertes entre les règles depuis 3 mois.

Elle accuse une irrégularité des règles depuis 1 an, avec une abondance variable.

Spéculum : Le col est d'apparence extérieure normale. — La glaire à l'orifice est striée de sang. — Test Schiller normal.

T. V. : Utérus de volume normal en position intermédiaire.

Masse tumorale de consistance fibromateuse, indépendante de l'utérus à gauche.

Hystéroscopie cervicale :

Dans cette cavité dilatée, on introduit facilement l'appareil. Il sort du col une glaire cervicale fluide, abondante, du 12^e jour du cycle, condition optima de visibilité.

On aperçoit avec une netteté remarquable un polype sortant de l'orifice interne sous forme d'une languette vilieuse, rouge vif, avec de nombreux replis transversaux, qui semble flotter très mobile dans la cavité qui forme un tunnel aux parois rosées normales dont l'entrée se trouve plus obscure.

En enfonçant l'appareil, on glisse sur la languette polypeuse rouge, aux reflets vifs et brillants,

d'aspect velouté, et l'on voit le tunnel se rétrécir, le polype diminuer de largeur, faisant place à son pédicule, plus épais, aux replis antéro postérieurs moins nombreux, plus profonds, qui s'enfoncent dans l'orifice interne de la cavité (schémas 5, 6).

OBSERVATION VI

Mme Gis..., 43 ans.

Consulte le Docteur Palmer, le 15 février 1945, pour des pertes de sang dont le début remontait à 2 mois.

Pertes quotidiennes, peu abondantes (pas de caractère provoqué).

Réglée régulièrement tous les 28 jours, durant 2 jours.

Le 3 mars, le Docteur Palmer fait une *hystéroscopie cervicale*.

A mi-hauteur de la cavité cervicale sur le bord droit, formation rouge assez foncée, mais parfaitement lisse, de la taille d'une groseille (schémas 7, 8).

On fait un *curettage biopsique*.

L'examen histologique montre un *épithélioma au début*, muqueuse dystrophique avec envahissement de l'épithélium cervical par le pavimenteux.

La malade entre dans le service le 16 et, le 20 mars, le Docteur Palmer pratique une amputation du col.

Examen de contrôle sur la pièce opératoire :

Etat dystrophique avec signes très nets de métaplasie. Néoplasme au début.

CONCLUSIONS

1. Pour dépister le cancer intracervical au début et les lésions précancéreuses intracervicales, l'hystérographie au lipiodol est insuffisante, le curettage de la cavité cervicale est douloureux et hémorragique.

2. L'hystéroscopie a été jusqu'à présent utilisée presque exclusivement pour l'exploration de la cavité corporeale de l'utérus. Une inspection soignée de la cavité cervicale doit évidemment terminer toute hystéroscopie. Mais cette hystéroscopie corporeale nécessite hospitalisation et dilatation aux lamineaires, et ses résultats sont inconstants, comportant un gros facteur personnel d'interprétation.

3. Nous croyons qu'il y a souvent intérêt à limiter l'hystéroscopie à la seule cavité cervicale, manœuvre ambulatoire et sans risques ; quitte, si celle-ci a été négative, à faire pratiquer une hystérographie de la cavité corporeale au lipiodol à vingt pour cent ou une hystéroscopie totale.

4. L'hystéroscopie par tube de verre, très simple et rapide, ne donne de résultats constants que si l'examen est pratiqué à travers la glaire filante, abondante et transparente de l'intermenstruum.

5. Si le résultat est douteux, il faut faire l'examen sous courant d'eau ; le tube de verre a suffi pour dilater l'orifice externe. Le courant d'eau doit être sous la plus faible pression possible pour éviter tout reflux. L'inspection doit être méthodique, en reculant progressivement la chemise de l'appareil depuis l'orifice interne jusqu'à l'orifice externe.

Vu: *Le Doyen,*
BAUDOUIN.

Vu: *Le Président de Thèse,*
MOCQUOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

FARKAS. — Thèse, Paris, 1943.

GRAUSS. — Hysteroskopie (Verhand. d. phys. med. Geselsch. 52 ; 99-101, 1937).

— Hysteroskopie (Arch. für Gynaek. 133 : 18-27, 1928).

A. HAMANT et E. DURAND. — L'hystéroskopie, sa technique, ses résultats (Rev. fr. de Gyn. et Obst., janvier 1936).

R. PALMER et MICHON. — Hystéroskopie cervicale (Revue fr. de Gyn. et Obst., 1942. Tome 42, p. 134-135).

R. SEGOND. — L'hystéroskopie (Bull. de la Société d'Obst. et Gyn., 23 ; p. 709-711, déc. 1934).

— L'hystéroskopie (Gaz. Méd. de Fr., mars 1935, déc. 1936, mars 1937).

ZAKROJCZYK. — Thèse, Paris, 1937.

